

En el Tribunal Municipal de Gilbert, 55 E. Civic Center Dr. Suite 101 Gilbert, AZ 85296 (480) 635-7800
www.gilbertaz.gov/court

Caso No. _____

Hoja de Información del/de la Demandante

Por favor **ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA** toda la información en este formulario y en la solicitud *después* que haya leído la Guía del Demandante para las Órdenes de Protección

Su nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Dirección Postal (si es diferente) _____	Su fecha de nacimiento _____ Número de teléfono principal _____ *Celular _____ *¿Puede el tribunal enviarle mensajes de texto a este o a otro número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número alternativo _____ Email _____
---	--

DIRECCIÓN CONFIDENCIAL. Su dirección e información de contacto es confidencial. Indique cualquier otra dirección que deba ser confidencial. **No** incluya las direcciones que son confidenciales en la solicitud, ya que una copia de la misma será entregada al acusado. Mantener la dirección de trabajo de manera confidencial. Mantener la dirección de la escuela de manera confidencial.

RELACIÓN*

Escoja la opción que describe de la mejor manera su relación con el/la acusado(a).
*Si está haciendo la solicitud a nombre de otra persona, escoja la relación entre la **otra persona** y el/la acusado(a).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casados (pasado o presente)
<input type="checkbox"/> Viven/vivieron juntos como pareja íntima
<input type="checkbox"/> Relación romántica o sexual (pasada o presente)
<input type="checkbox"/> Padres de un hijo en común
<input type="checkbox"/> Una de las partes fue embarazada por la otra | <input type="checkbox"/> Relación de padre, madre, abuelo(a), hijo(a), nieto(a), hermano(a) (incluyendo la familia postiza o política)
<input type="checkbox"/> Viven/vivieron juntos pero no como pareja íntima
<input type="checkbox"/> Salen juntos (pero no es relación romántica o sexual)
<input type="checkbox"/> Otra _____ |
|---|--|

Nombre del/de la Acusado(a) _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____	Teléfono _____ Teléfono Celular _____ Email _____
---	---

IDENTIFICADORES DEL ACUSADO Por favor proporcione toda la información que sepa. <i>Si no sabe la fecha de nacimiento del acusado, haga su mejor cálculo.</i> Si ha estimado la fecha de nacimiento, por favor marque el casillero "Estimación".	Sexo	Raza	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	
			<i>required</i>	<input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/> Estimación		
	Color de Ojos	Color de Cabello	# de Seguro Social			
	Licencia de Conducir #: _____ Estado: _____ Fecha de Vencimiento: _____					